Rok XXXIV. Kraków 21. Września 1895 r. Nr. 38.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 130, Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. Z pracowni położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. pod kierunkiem prof. Dra Marsa.

O zmianach błony śluzowej jamy macicy w przypadkach raka części pochwowej i szyi.

Napisał

Dr. Maksymilian Cercha.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Przypadek XVIII.

L. prot. zakł. 240. W. J., lat 50. Operowana w oddziale prof. Obalińskiego. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis.*

Opis preparatu. Macica przechowana w 1% formalinie rozmiarów prawidłowych, bez części dodatkowych. Przekrój z przodu w tył. Miąższ macicy bardzo zbity, w ogóle preparat bardzo twardy, co przypisać należy działaniu formaliny. Długość macicy 7 cm., długość jamy 5·2 cm., grubość ściany w trzonie 1·8 cm.

Nowotwór zajmuje część pochwową i dolny odcinek od tyłu, ponad ujście wewnętrzne nie przechodzi. Odległość od ujścia do nowotworu wynosi 1.7 cm. Błona śluzowa jamy macicy cienka, gładka.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma lobulare.*

Badanie skrawków w błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje:

Błona śluzowa cienka, powierzchnia falista, przybłonkiem wałeczkowym pokryta, gruczołów bardzo mierna liczba o świetle bardzo wąskiem, jak to bywa w zaniku gruczołów, niektóre gruczoły rozszerzone w postaci torbiela a przybłonek w nich spłaszczony. Granica między błoną śluzową a warstwą mięsną bardzo ostra. Tkanka międzygruczołowa obfita, w warstwie powierzchownej zawiera dużo komórek, w głębszych warstwach włóknista. Naczynia okazują zmiany takie, jak w poprzednim przypadku.

Rozpoznanie: *Endometritis interstitialis. Atrophia mucosae incipiens.*

Przypadek XIX.

L. prot. zakł. 242. K. A., lat 67. Operowana w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri. Marasmus senilis.*

Opis preparatu. Macica przechowana w 1% formalinie, większa i grubsza w trzonie, z częściami dodatkowemi po stronie lewej. Przekrój z przodu w tył. Długość macicy i jamy jej w całości nie da się oznaczyć, gdyż część pochwowa i szyja zniszczone przez nowotwór, który sięga aż do ujścia wewnętrznego, ale go nie przekracza. Nowotwór przechodzi wyraźnie na tkankę okołomaciczna po stronie prawej. Cały preparat bardzo twardy z powodu przechowania w formalinie. Długość macicy do ujścia wewnętrznego 5·7 cm., długość jamy do ujścia wewnętrznego 4·2 cm., grubość ściany 2·4 cm.

Badanie skrawków z nowotworu wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma lobulare.*

Badanie skrawków w błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje:

Błona śluzowa cienka, powierzchnia falista, przybłonka na powierzchni brak, gruczołów mało, przebieg ich do powierzchni prostopadły, ztąd gruczoły dłuższe w formie cewek; światło gruczołów wąskie, tu i ówdzie drążą one w warstwę mięsną, lecz granica między nią a błoną śluzową wyraźna. Przybłonek w gruczołach dobrze utrzymany, lecz nieco spłaszczony. Tkanki międzygruczołowej dużo; w niej komórki okrągłe, owalne i wrzecionowate. Naczyń mało ze zmianami, jak w przypadkach wyżej opisanych. W tym przypadku zanik gruczołów dalej posunięty.

Rozpoznanie: *Endometritis interstitialis, atrophia glandularum et atrophia incipiens mucosae.*

Przypadek XX.

L. prot. zakł. 243. A. B., lat 35. Rozpoznanie: *Carcinoma recidivum cervicis uteri.* Dnia 5. Czerwca zrobiono amputacyę sposobem Schroedera. Operowana powtórnie w oddziale prof. Obalińskiego 14. Września 1894.

Opis preparatu. Macica przechowana w 1% formalinie, twarda, przekrój z przodu w tył, macica bez części dodatkowych, w trzonie nie powiększona, natomiast szyja i część pochwowa musiały być znacznie grubsze, co z resztki

kikuta wnosić można. Nowotwór przekracza ujście wewnętrzne i zajmuje dolną część macicy. Odległość nowotworu od *fundus* wynosi 3·2 cm.

Błona śluzowa jamy macicy w części niezajętej przez nowotwór jest grubsza, pofałdowana.

Badanie skrawków z nowotworu wykazuje utkanie rakowe. *Carcinoma alveolare.*

Badanie skrawków błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy z okolicy dna wykazuje:

Błona śluzowa dosyć cienka, miejscami nawet bardzo cienka, gruczołów mierna liczba. Powierzchnia błony śluzowej pokryta przybłonkiem wałeczkowym, dobrze utrzymanym. Powierzchnia błony śluzowej nierówna, lecz wystają na niej twory uszypułkowane, na szczycie kolbowato rozszerzone, o utkaniu błony śluzowej nieprawidłowem. Błona śluzowa tam, gdzie nie jest ścieńczała, okazuje większą liczbę gruczołów w warstwie głębszej. Gruczoły są większe, wydłużone; przybłonek w nich prawidłowy. Oprócz tego w warstwie powierzchownej a szczególniej w tych uszypułkowanych tworach są gruczoły rozszerzone, wypełnione skrzepami włóknika, tworzącemi beleczki i nitki zawierające miejscami jakby komórki olbrzymie (*Brutzellen Virchowa*). Przybłonek w tych gruczołach miejscami niewidoczny, w innych jest utrzymany, lecz barwi się bardzo słabo a komórki są jakby obrzmiałe, napęczniałe. W tkance międzygruczołowej jest naciek drobnokomórkowy (leukocyty), ogniskowy, beleczki tkanki łącznej wyglądają jak nabrzmiałe tak, że tkanka robi wrażenie zwyrodnienia śluzakowatego. Granica między błoną śluzową a tkanką mięsną dosyć ostra.

Rozpoznanie: *Endometritis glandularis polyposo-cystica. Degeneratio myxomatosa partialis mucosae.*

Przypadek XXI.

L. prot. zakł. 224. Ch. F., lat 38. Operowana w oddziale prof. Obalińskiego. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri.*

Opis preparatu. Macica przechowana w 1% formalinie, większa i grubsza, bez części dodatkowych, przekrój z przodu w tył. Długość macicy od dna do ujścia wewnętrznego 5·7 cm. Długość jamy do ujścia wewnętrznego 3·8 cm. Grubość ściany w trzonie 2·2 cm. Dolna część macicy aż do ujścia wewnętrznego zajęta przez nowotwór; nowotwór przechodzi na *parametria*. Błona śluzowa jamy macicy grubsza, lecz gładka.

Badanie skrawków z nowotworu wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma lobulare.*

Badanie skrawków błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje:

Błona śluzowa grubsza, na powierzchni pokryta przybłonkiem. Gruczołów znacznie większa liczba, przekroje gruczołów poprzeczne o świetle niepowiększonem, przybłonek w gruczołach prawidłowy, niektóre gruczoły wydłużone. Granica między błoną śluzową a warstwą mięsną wyraźna. Tkanka międzygruczołowa niezbyt obfita, więcej włóknista, tu i ówdzie ogniskowo naciek drobnokomórkowy. W naczyniach zmian wybitnych nie ma.

Rozpoznanie. *Endometritis glandularis productiva.*

Zestawienie.

L. p.	Imię i nazwisko, wiek	Rozpoznanie kliniczne	Zmiany drobnowidowe części pochwowej i szyi	Zmiany drobnowidowe błony śluzowej jamy
1.	W. E. lat 43.	Carcinoma port. vagin. et cerv.	Epithelioma portionis vagin.	Endometritis interstitialis fibrosa
2.	M. L. lat 35.	Carcinoma port. vagin.	Carcinoma scirrhosum cervicis uteri	Endometritis glandularis productiva
3.	A. K. lat 52.	Carcinoma port. vagin. et cerv.	Epithelioma tubulare	Endometritis interstitialis atrophicans
4.	N. N. lat 45.	Carcinoma port. vagin. Fibromata uteri	Epithelioma lobulare incip.	Adenoma destruens mucosae uteri
5.	G. J. lat 56.	Carcinoma port. vagin.	Epithelioma alveolare	Endometritis interstitialis atrophicans
6.	N. N. lat ?	—	Carcinoma scirrhosum	Atrophia mucosae uteri
7.	S. M. lat 34.	Carcinoma port. vagin. et cerv.	Carcinoma scirrhosum	Endometritis glandularis et interstitialis
8.	N. N. lat 55.	Carcinoma port. vagin. et cerv.	Adenoma destruens	Adeno-carcinoma mucosae uteri?
9.	S. K. lat 33.	Carc. port. vagin. et cerv.	Epithel. alveol. port. vagin.	Endometritis interstitialis atrophic.
10	W. R. lat 28.	Carcinoma port. vagin. et cerv.	Adeno-carcinoma cervicis et uteri	Endometritis glandularis productiva et interstitialis incip.
11.	K. L. lat 48.	Carcinoma port. vagin. et cerv.	Epithelioma tubulare	Endometritis interstitialis. Atrophia glandularis incipiens
12.	F. J. lat 38.	Carcinoma port. vagin.	Carcinoma scirrhosum	Endometritis glandularis et praecip. interstitialis. Atrophia glandular. incip.
13.	P. M. lat 40.	Carcinoma port. vagin.	Epithelioma tubulare	Endometritis glandularis productiva. Mucosa infra menses?
14.	A. M. lat 38.	Carcinoma port. vagin.	Carcinoma scirrhosum	Endometritis glandularis. Mucosa infra menses
15.	L. F. lat 40.	Carcinoma port. vagin. et cerv.	Carcinoma scirrhosum	Endometritis glandularis et interstitialis
16.	J. J. lat 50.	Carcinoma port. vagin. et cerv. Fibromata uteri	Epithelioma lobulare	Adenoma destruens mucosae uteri
17.	J. K. lat 40.	Carcinoma port. vagin.	Adeno-carcinoma cerv. uteri	Endometritis interstitialis. Atrophia mucosae incip.
18.	W. J. lat 50.	Carcinoma port. vagin.	Epithelioma lobulare	Endometritis interstitialis. Atrophia mucosae incip.
19.	K. A. lat 67.	Carcinoma port. et cerv.	Epithelioma lobulare	Endometritis interstitialis. Atrophia glandularis. Atrophia mucosae incip.
20.	A. B. lat 35.	Carcinoma recidiv. cerv. uteri	Carcinoma alveolare	Endometritis glandularis polyposo-cystica. Degeneratio partialis mucosae myxomatosa
21.	Ch. F. lat 38.	Carcinoma port. et cerv.	Epithelioma portionis vagin.	Endometritis glandular. productiva

Zestawiając wyniki badania drobnowidowego w 21 przypadkach wysnuć z nich możemy następujące wnioski:

1) We wszystkich badanych przypadkach błona śluzowa jamy macicy przedstawia zmiany patologiczne.

2) Zmiany te polegają w największej liczbie przypadków (18 razy na 21 przypadków) na chronicznej sprawie zapalnej, bądź w gruczołach (przyp. II., XIII., XIV., XX. i XXI.), bądź w tkance międzygruczołowej (przyp. I., III., V., IX., XI., XVII., XVIII., XIX., albo w obydwóch razem (przyp. VII., X., XII., XV.).

3) W jednym przypadku (przyp. VI.) mamy znaczny zanik błony śluzowej.

4) W dwóch przypadkach (przyp. IV. i XVI.) obok raka części pochwowej i szyi, w jamie macicy znaleziono nowotwór złośliwy odmiennej budowy, wychodzący z przybłonka gruczołów, oddzielony od raka części pochwowej warstwą zdrowej tkanki. Nowotwór ten w jamie macicy nie okazywał guza ograniczonego; nawet błona śluzowa przy oglądaniu gołem okiem nie wydawała się zmienioną.

W przypadku VIII. znaleziono również w jamie macicy nowotwór na miejscu odległem; ponieważ jednak budowa jego podobna jest do budowy raka szyi (*adenocarcinoma*) a w warstwie oddzielającej są miejsca podejrzane, przeto uważać muszę ten nowotwór w jamie macicy za zwykły przerzut.

5) Zmiany zapalne są tak częste i tak wybitne, iż nasuwa się myśl, że istnieje pewien związek między nowotworem a zmianami na błonie śluzowej, chociaż udowodnić tego stanowczo nie można, czy one zależą wyłącznie od obecności nowotworu, tem bardziej, że rak występuje najczęściej u kobiet, które odbywały porody niejednokrotnie; czynność ta usposabia macicę do zmian chorobowych, nasuwa się więc przypuszczenie, że zmiany te nie są jedynie wynikiem obecności raka, lecz, że błona śluzowa jamy już dawniej okazywała zmiany a stopień schorzenia mógł powiększyć się pod wpływem raka. Do wyjaśnienia tej kwestyi musielibyśmy badać szereg macic osób dotkniętych rakiem części pochwowej, które nie rodziły i nie okazywały żadnych zmian na błonie śluzowej jamy macicy.

6) Zmiany zapalne produktywne występują wybitniej u osób młodszych, u których żywotność tkanek jest większa (przyp. II. l. 35, VII. l. 34, X. l. 28, XII. l. 38 i t. d. patrz zestawienie). W wieku późniejszym, wobec raka części pochwowej i szyi, mamy skłonność do zmian w tkance międzygruczołowej, które mogą dać powód do zaniku gruczołów i błony śluzowej. Wybitny zanik błony śluzowej spotykamy rzadko (raz na 21 przypadków (VI)), chociaż wiek, w którym rak się rozwija, sprzyja tej zmianie.

7) Nie można zgodzić się na zapatrywanie Abla, że zmiany w tkance międzygruczołowej są natury nowotworowej (mięsak), bo jakkolwiek w pewnych razach komórki większe z jądrem owalnem i obfitem pierwoszczem, jeżeli preparat oglądamy w znacznem powiększeniu, bez uwzględnienia miejsc sąsiednich, mogą na pierwszy rzut oka robić wrażenie komórek nowotworowych, to przecież nie rozwijają się ze szkodą tkanki macierzystej, nie wrastają w światło gruczołów i nie niszczą budowy błony śluzowej; różnorodność zaś komórek (od leukocytów aż do komórek wrzecionowatych tkanki łącznej) i zmiany naczyniowe przemawiają za sprawą zapalną.

8) W przypadkach raka części pochwowej i szyi, nawet w okresie początkowym może wystąpić w odległem miejscu na błonie śluzowej jamy macicy nowotwór, którego nie można uważać za przerzut, albowiem budowa jego może być odmienna a między nim a nowotworem pierwotnym mamy warstwę tkanki zupełnie zdrowej (przyp. IV. i XVI.). Te zmiany uważać należy za ciężkie.

9) Co się tyczy kierunku przebiegu gruczołów, zmian przybłonka, rozszerzenia gruczołów, pewnej skłonności wrastania ich w powierzchowne warstwy mięśni i zmian w naczyniach, to badania moje zgadzają się z wynikami Saurenhausa i Tussenbrocka.

10) W jednym przypadku (III.) stwierdza się spostrzeżenie Seeliga, że rak nie zawsze przekracza ujście wewnętrzne macicy drogą błony śluzowej, lecz może się rozszerzać drogą zewnętrznej warstwy mięsnej.

11) Godzi się nadmienić, że w obydwóch przypadkach, w których znalazłem w jamie macicy zmiany nowotworowe (przyp. IV. i XVI.), w macicy obok raka części pochwowej były liczne włókniaki.

12) Co do operacyjnego leczenia raka, to przyp. IV. i XVI. dowodzą, że tylko wczesne, zupełne usuwanie macicy jest operacyą racyonalna. Już dawniej powiedział Fritsch, że choćbyśmy znali tylko jeden przypadek z literatury, w którym obok raka części pochwowej lub szyi znaleziono nowotwór w jamie macicy, to już ten jeden przypadek rozstrzyga raz na zawsze, czy mamy wykonywać częściowe odcięcie, czy usuwać całą macicę.

W końcu czynię zadosyć miłemu obowiązkowi składając podziękowanie prof. Marsowi za odstąpienie materyału i światłą radę, jak również prof. Browiczowi, że był łaskaw przejrzeć ważniejsze preparaty.

II. Z oddziału chorób zakaźnych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Angina scarlatinosa.

Podał

Dr. Leopold Haim,

sekundaryusz tegoż oddziału.

Płonica należy do rzędu chorób zakaźnych, których swoisty zarazek pomimo licznych poszukiwań dotychczas nie jest znany. Doświadczenia kliniczne potwierdzają tylko, że to jest choroba zaraźliwa, że zarażenie się następuje przez bezpośrednią lub pośrednią styczność z chorymi, lub też przez powietrze otaczające chorego, zatem *contagium* jest lotne a nadto przyczepia się do rozmaitych przedmiotów, jak do sukni, do łóżek, do ścian i t. d. Nie ulega wątpliwości, że istnieje odporność wrodzona na tę chorobę i nabyta przez częstą styczność z chorymi, za czem przemawia okoliczność, że lekarze, którzy stykają się z takimi chorymi i posługacze rzadko zapadają na to cierpienie. Czy zaś odporność nabyta jest trwałą lub przemijającą, nie wiemy.

Do pierwszych objawów płonicy należy zapalenie gardła (*angina*), które występuje głównie w dwóch formach, albo jako:

1) *angina catarrhalis*, gdzie przychodzi do obrzmienia i zaczerwienienia błony śluzowej jamy ustnej; po największej

części zaczerwienienie to występuje na podniebieniu miękkiem, na języczku, na łukach podniebiennych, przyczem migdałki są powiększone, zaczerwienione i obrzmiałe. Charakterystycznie zachowuje się język tak, że bardzo często z wejrzenia jego bez osutki na skórze z wszelkiem prawdopodobieństwem rozpoznać można płonicę. Mianowicie brzeg i koniec języka okazują punkciki czerwone, co pochodzi z obrzmienia brodaweczek nitkowatych *(papillae filiformes)*, powierzchnia zaś języka jest obłożona szarożółtym nalotem. Po 2 do 3 dniach ustępuje nalot z powierzchni języka a wtedy widać, że cały język jest silnie zaczerwieniony a obrzmiałe brodaweczki nadają mu wejrzenie malinowate. W całości język jest obrzmiały, za czem przemawiają wgniecenia po bokach od zębów pochodzące.

Podobnie zachowuje się język i w drugiej formie, mianowicie:

2) *angina necrotica*, niesłusznie dawniej zwana *diphtheria scarlatinosa*. Według dzisiejszego stanu nauki możemy wtedy tylko mówić o błonicy, gdy wykażemy prątki Löfflera a gdzie ich nie ma, o błonicy mowy być nie może. Przypadki takie, gdzie obok płonicy jest i błonica rzeczywista, należą do bardzo ciężkich.

Na pozór błonica niczem się prawie nie różni od *angina necrotica* a jednak różnice są wielkie tak pod względem bakteryologicznym jak i klinicznym, *angina necrotica* bowiem 1) najczęściej występuje na migdałkach, dalej po bokach języczka i na łukach, w krtani i tchawicy zmian żadnych nie ma; 2) nie wywołuje porażeń, ani stanów do nich podobnych; 3) a co najważniejsza, brak prątków Löfflerowskich. Muszą zatem być inne zarazki, których działanie wpływa na formę zajęcia płoniczego gardła a tem samem i na późniejszy przebieg chorobowy.

Badanie przeze mnie przeprowadzone w zakładzie higieniczno-bakteryologicznym prof. O. Bujwida wykazało chorobotwórcze gronkowce i paciorkowce, obok wielu innych bakteryj, zwykle w jamie ustnej się znajdujących. O ile chorobotwórcze te mikroby wpływają na przebieg choroby, wskazuje niżej podana tablica.

Imię i nazwisko	Forma zajęcia gardła	Wynik badania bakteryolog.	Powikłania	Zejście
Jędrzej S.	*Angina catarrhalis*	same *staphylococci aureus* i *albus*	bez powikłań, przebieg łagodny	uleczony
Jadwiga F.	*Angina catarrhalis*	*Staphylococci* obficie, rzadko *streptococci*	bez powikłań, przebieg łagodny	uleczona
Eleonora Z.	*Angina catarrhalis*	*Staphylococcus aureus, albus*	bez powikłań, przebieg łagodny	uleczona
Wojciech N.	*Angina catarrhalis*	*Staphylococcus aureus, streptococcus brevis* skąpo	bez powikłań	uleczony
Roman R.	*Angina catarrhalis*	*Staphylococcus aureus, albus*	bez powikłań, przebieg łagodny	uleczony
Antonina O.	*Angina catarrhalis*	*Staphylococcus aureus, streptococcus brevis* w skąpej ilości	bez powikłań	uleczona
Leon F.	*Angina necrotica*	*Staphylococcus aureus*, mało *albus*, obficie *streptococcus longus*	powikłania: *nephritis acuta, oedema univers.*, przebieg ciężki	uleczony
Józef J.	*Angina necrotica*	*Staphylococcus aureus, albus, streptococcus brevis* obficie	powikłania: *pleuropneumonia crouposa unilateralis, endocarditis, phlegmone regionis submentalis dextrae et brachii sin., abscessus retropharyngealis*	zejście śmiertelne
Regina M.	*Angina necrotica*	*Staphylococcus* i *streptococcus longus* obficie	*Empyema, endocarditis, nephritis acuta*	zejście śmiertelne
Wiktorya S.	*Angina catarrhalis*	same *staphylococci*	brak powikłań, przebieg łagodny	uleczona
Jędrzej K.	*Angina necrotica*	przeważnie *staphylococci, streptococcus longus* skąpo	brak powikłań, przebieg łagodny	uleczony
Piotr K.	*Angina necrotica*	*Streptococcus longus* a skąpo *staphylococci*	powikłania: *nephritis acuta, oedema*, przebieg ciężki	uleczony
Franciszka B.	*Angina catarrhalis*	same *staphylococci*	bez powikłań, przebieg łagodny	uleczona
Kunegunda W.	*Angina necrotica*	przeważnie *streptococcus longus*, mało *staphylococci*	powikłania: *nephritis*, przebieg ciężki	uleczona
Agnieszka S.	*Angina necrotica*	przeważnie *streptococcus*, mało *staphylococci*	powikłania: *nephritis, oedema pedum, erysipelas pudendi*, przebieg ciężki	uleczona
Katarzyna Ł.	*Angina necrotica*	obok *staphylococci* obficie *streptococci*	powikłania: *nephritis, rheumatismus artic. acutus, endocard*	uleczona
Franciszek B.	*Angina catarrhalis*	same *staphylococci*	bez powikłań, przebieg łagodny	uleczony
Katarzyna G.	*Angina catarrhalis*	*Staphylococci*, skąpo *streptococci*	bez powikłań, przebieg łagodny	uleczona

Imię i nazwisko	Forma zajęcia gardła	Wynik badania bakteryolog.	Powikłania	Zejście
Zofia B.	*Angina catarrhalis*	same *staphylococci*	bez powikłań, przebieg łagodny	uleczona
Wojciech M.	*Angina necrotica*	*Staphylococci* i *streptococci* obficie	powikłania: *nephritis acuta*, *oedema pedum*	uleczony

Z powyższego wynika, że w przypadkach nieżytowego zapalenia gardła najczęściej znachodzimy gronkowce, rzadko paciorkowce; w przypadkach *angina necrotica* obok gronkowców i paciorkowce obficie. Mamy zatem zakażenie dwojakie: 1) jednolite, gdzie przeważają gronkowce (albo co rzadziej, paciorkowce), gdy innych ziarników chorobotwórczych albo wcale nie ma, albo ich tylko jest bardzo mało tak, że działanie ich się niweczy, 2) mieszane, gdzie obok gronkowców są i paciorkowce obficie.

Nie ulega wątpliwości, że od stopnia zakażenia zależy późniejszy przebieg choroby; zatem *angina necrotica* przedstawia zakażenie cięższe, (bo mięszane), aniżeli *angina catarrhalis*. I rzeczywiście wyżej wymienione przypadki potwierdzają to w zupełności, bo prawie wszystkie przypadki *angina necrotica* okazywały później przebieg płonicy bardzo ciężki, z powikłaniami połączony a śmiertelność znaczną, bo na 8 przypadków ciężkich, 2 przypadki śmiercią zakończone czyli śmiertelność 25%. Do złośliwego przebiegu choroby przyczyniają się głównie paciorkowce a że tak jest, dowodzą tego doświadczenia w innej chorobie zakaźnej, mianowicie w błonicy. Roux i Martin wstrzykiwali surowicę leczniczą zwierzętom poprzednio zaszczepionym hodowlami prątków Löfflerowskich i paciorkowca. Zwierzęta okazywały przebieg błonicy bardzo ciężki i pomimo surowicy padły po kilku dniach.

Chociaż dotychczas nie wykryto swoistego jadu w płonicy, jednak, ponieważ zapalenie gardła w większej części przypadków jest pierwszym objawem płonicy, można z rezultatu badania bakteryologicznego ze wszelkiem prawdopodobieństwem wnosić o przyszłym przebiegu choroby; mamy więc o jeden czynnik więcej dla rokowania.

W Krakowie dnia 30. Marca 1893.

III.

ODPOWIEDŹ

na „Kilka uwag Dra Mayzla“ nad moją pracą:

O niektórych nowych szczegółach z biologii dyplokoków Neissera.

Napisał

Dr. Władysław Reiss,

asystent kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

„Non quantum, sed quale“. Gdyby Dr. Mayzel zastanowił się nad znaczeniem słów powyższych, któremi tak pięknie zakończył swoich „Kilka uwag“ o mojej pracy, byłby się był prawdopodobnie powstrzymał od napisania swojej krytyki (*sit venia verbo*), w której nie mogłem się dopatrzeć ani jednego słowa zbijającego, choćby jeden szczegół mojej pracy ze stanowiska bakteryologii, ze stanowiska nauki teoretycznej, której granic temat mojej pracy już z samej natury rzeczy nie starał się wcale przekroczyć. Nie zdziwiłem się temu wcale, wiedząc, że Dr. Mayzel jako lekarz praktyczny nie będzie się kusił o polemizowanie w kwestyi nauki ścisłej, zarzucając mi jakieś usterki lub błędy w przeprowadzeniu mych doświadczeń i badań bakteryologicznych. Autor zapatruje się na moją pracę ze stanowiska więcej praktycznego i domaga się koniecznie namacalnych i pewnych wyników dla swojej praktyki. Prace mające na celu badania stosunków żywotności i rozwoju mikroorganizmów pod wpływem rozmaitych wpływów chemicznych na pożywkach sztucznych, nie mają dla Dra Mayzla żadnego znaczenia, ponieważ cewka moczowa to nie agar i nie surowica; ztąd też wyniki praktyczne dla klinika żadne. Prawdopodobnie i cały szereg prac bakteryologicznych, które nie mają na razie na oku względów praktycznych a zajmują się życiem bakteryj poza organizmem zwierzęcym, zatem li tylko na pożywkach sztucznych nie przedstawiają dla Dra Mayzla wielkiego znaczenia. Dr. Mayzel nie mógł chyba wymagać odemnie, abym powyścielał probówki przybłonkiem cewki moczowej i na przyrządzonych w ten sposób pożywkach robił doświadczenia, łącząc tą drogą wyniki teoretyczne z postulatami Dra Mayzla jako lekarza praktycznego.

Zadaniem mojej pracy było, jak to sam oświadczyłem, oznaczenie wpływu rozmaitych związków chemicznych na rozwój hodowli gonokoków na jednej i tej samej pożywce w pewnym szeregu pokoleń; nie miałem więc zupełnie na oku na razie żadnych celów praktycznych, których chce się dopatrzeć Dr. Mayzel, ale i tak zdawało mi się, że choć z bardzo skromnym udziałem, przyczyniłem się do wzbogacenia naszych dotychczasowych wiadomości z dziedziny biologii gonokoków bodaj kilkoma szczegółami. Tymczasem Dr. Mayzel niweczy zupełnie moje złudzenia, mówiąc bez ogródki: „byłoby zdaniem mojem bardzo pożądanem, ażeby tej, tak olbrzymiej literatury trypra nie obciążać rzeczami nie przedstawiającymi dla nas wartości ani teoretycznej ani praktycznej“. To „dla nas“ zapewne uważa Dr. Mayzel za *pluralis majestaticus*, boć przecie nie mógł mieć upoważnienia ze strony grona kompetentnego do wydania tego wyroku. Ze zdania powyższego, które tak kategorycznie potępia wyniki mych badań, widnieje zaiste pochwały godna chęć Dra Mayzla utrzymania się na fali literatury bieżącej, jednak z drugiej strony muszę wyrazić me szczere ubolewanie, że Dra Mayzla nawet tak mały przyczynek przejmuje obawą przed zbytniem obciążeniem snać znużonego już nawałem literatury jego umysłu.

A teraz przechodzę do szczegółowych zarzutów: Celem doświadczeń moich było zbadanie pewnych szczegółów z biologii gonokoków a mianowicie po pierwsze ich hodowli względem różnych środków używanych w leczeniu trypra, powtóre zachowanie się ich względem sinku potasu, w którym teoretycznie dopatrywałem się dzielnego środka leczniczego. Wytknąwszy sobie powyższy cel, przeprowadziłem szereg doświadczeń niemal z wszystkimi używanymi środkami, jak to zresztą z tablic w pracy mojej wynika i doszedłem do tego, w biologii gonokoków nowego szczegółu, że

o przyzwyczajenie się do środka stosowanego przez pewien czas w tej samej koncentracyi nie można obwiniać błony śluzowej, lecz w pierwszym rzędzie należy przyzwyczajenie to odnieść do samego zarazka. Dr. Mayzel pisząc na str. 514. (wiersz 16.): „że błona śluzowa cewki moczowej przyzwyczaja się powoli po pewnym czasie do środka ściągającego", składa dowód, że pracy mej albo nie zrozumiał, albo też ją przelotnem tylko uraczył spojrzeniem. To zatem, na co praktycy empirycznie zwrócili oddawna uwagę, zostało stwierdzone mojemi badaniami, z tą tylko różnicą, że na podstawie moich badań nie można przyzwyczajenia tego odnosić do błony śluzowej, lecz tylko do zarazka.

Na zarzut Dra Mayzla, że doświadczenia moje są bezcelowe i nie powinne były być ogłaszane z tego powodu, że podłoża żywego dla gonokoków, t. j. cewki moczowej nie można porównywać z pożywkami sztucznemi, zatem że brak tu wszelkiej analogii, uważam za stósowne zwrócić uwagę, że w ostatnich czasach Finger, Ghon i Schlagenhaufer podobne przeprowadzali doświadczenia na pożywkach sztucznych *(Archiv für Dermatologie und Syphilis.* Tom XXVIII. Zeszyt 1. i 2.) z tą tylko różnicą, że nie badali zachowywania się dalszych pokoleń hodowli macierzystej, jak ja to czyniłem w swojej ostatniej pracy. Dr. Mayzel zechce przypuścić, że tak Finger, Ghon i Schlagenhaufer jako też i ja zdawaliśmy sobie najdokładniej sprawę z tego, że błony śluzowej nie można brać za jedno z pożywką sztuczną, na której robiliśmy swoje doświadczenia. Autorowie powyżej przytoczeni, ogłaszając wyniki swych doświadczeń, dodają: *Obwohl wir uns bewusst waren, dass der Gonococcus auf den ihm passenden Schleimhäuten ein viel besseres Nährmaterial finden müsse, als auf unseren Nährböden, wir also Schlüsse aus der Wirkung von Antisepticis auf Culturen auf unseren Nährboden nur mit grosser Reserve auf die Gonorrhoe der Schleimhäute übertragen dürfen, wollen wir doch versuchen die Einwirkung einiger unserer Antiseptica auf Gonococcenreinculturen zu studieren.* W uznaniu zatem całej tej różnicy nie wahali się autorowie ci podać wyników swych do wiadomości ogólnej. Ze nie spotkał ich z tego powodu żaden zarzut, tłómaczę sobie chyba w ten sposób, że praca ta nie musiała dojść do rąk Dra Mayzla.

Zarzut zatem, jakobym nie umiał umotywować celu swoich badań, upada wobec okoliczności, że zaszczytnie znany syfilidolog jak Finger podjął się podobnych doświadczeń do spółki z dwoma autorami biegłymi w bakteryologii.

Wywodząc w pracy swej analogię między wynikami swych doświadczeń a badaniami na ludziach, miałem aż nadto po temu danych, które każdy nieuprzedzony łatwo w pracy mej dojrzy; jeźli zatem w tem miejscu Dr. Mayzel dopatruje się owego węzła gordyjskiego, to ów węzeł istnieje tylko dla niego, ja zaś zestawiając wyniki swej pracy do druku — wybaczy mi Dr. Mayzel — o jego osobie nie pamiętałem, w przeciwnym bowiem razie pokusiłbym się przyjść z pomocą w wyjaśnieniu wywodów aż nadto jasnych.

Doświadczenia moje z sinkiem potasu, były, jak już wyżej nadmieniłem, wynikiem mego przypuszczenia teoretycznego, iż może sinek potasu okaże się skutecznym przetworem w leczeniu trypra. Niestety doświadczenia moje zarówno na chorych jak i na hodowlach z roztworami sinku potasu przeprowadzone, dały mi zgodnie wynik niekorzystny; zatem istniała w zachowaniu się zarazka w sztucznej hodowli i na błonie śluzowej chorych zupełna, jakkolwiek przez Dra Mayzla nazwana „czemś najciekawszem", analogia. Podobnej analogii dopatrzy się również w pracy mojej każdy człowiek myślący w owem przyzwyczajaniu się zarazka do przetworów leczniczych zarówno w hodowlach sztucznych jakoteż na błonie śluzowej. Przyznaję, że wyniki moje z sinkiem potasu były niekorzystne, ale w nauce opartej na czystej empiryi są dla postępu jej niezbędnie potrzebne zarówno pozytywne jako też i negatywne spostrzeżenia i wnioski.

„*Non quantum, sed quale*". Nie mogę zakończyć tych słów odpowiedzi, aby nie wrócić do owej dewizy, tak lapidarnie kończącej ocenę Dra Mayzla, boć w istocie złożył on dowód, jak dalece wiernym jest tej zasadzie, ale tylko w jednej części. O ocenie Dra Mayzla śmiało można powiedzieć, że *non quantum*, lecz dodać należy, że i *non quale*.

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryologia.

A. Marmorek: **Paciorkowiec i surowica przeciwpaciorkowcowa** (z pracowni Miecznikowa i Rouxa w instytucie Pasteura).

Człowiek jest najczulszem stworzeniem na działanie paciorkowca występującego w organizmie ludzkiem pod różnemi formami i okazującego rozmaitą siłę swego jadu. Klasyfikacya podłoży, używanych do hodowli paciorkowca przez autora, jest następująca:

1) Dwie części surowicy krwi ludzkiej i jedna część 1% bulionu mięsnego peptonizowanego.

2) Jedna część przesączyny (transsudatu), n. p. z puchliny brzucha i dwie części bulionu.

3) Dwie części surowicy krwi osła lub muła i jedna część bulionu.

4) Dwie części surowicy konia i jedna bulionu.

W tych hodowlach zachowuje paciorkowiec nader długo swoją jadowitość i nie zwiększa jej przez bezpośrednie przeszczepienie i wzrost mikrobów. Wykonywając typową metodę *passage* Pasteura ze świnek na króliki można zwiększyć siłę działania paciorkowca a przeszczepiając następnie na surowicę bulionową jesteśmy w stanie utrzymać w swej sile tak uzyskaną jadowitość. Powtarzając kilkakrotnie takie przeszczepianie doszedł autor autor po 2 miesiącach do t. zw. fizycznej granicy, gdzie jedna stomiliardowa część centymetra sześciennego hodowli wystarcza do zabicia królika. Do doświadczeń używa autor tak rozcieńczonej hodowli, by ilość płynu wstrzykniętego wynosiła 0·1 cm.^{3} a zdolna była królika 2 kilogramy ważącego zabić w 6 godzinach.

Jeden jest tylko rodzaj paciorkowca, występujący w organizmie ludzkim pod rozmaitemi formami stosownie do stopnia rozwoju i jakości pożywki.

Rogerowi, Behringowi, Lingelsheimowi i Mironowi udało się uodpornić niektóre zwierzęta przeciw paciorkowcom. Metody ku temu celowi służące są: szczepienie ochronne przez sterylizowane i przez żywe kultury. Idealna surowica jest ta, która pochodzi z zwierząt uodpornionych przeciw paciorkowcom okazującym jadowitość o wiele większą, niż jest w rzeczywistości a taką surowicę otrzymać można, jeżeli:

1) istnieje pożywka zdolna do wyhodowania jadu takiego stopnia i jego utrzymania;

2) istnieją zwierzęta, które znoszą działanie tak silnego jadu.

Zabieg uodporniania zwierząt polega na kilkokrotnem powtarzaniu podskórnych wstrzykiwań małych, coraz to sil-

niejszych dawek hodowli paciorkowca w odstępach czasu koniecznych do reakcyi odpowiedniej każdego szczepienia. Do doświadczeń używał autor owiec, koni i osłów. Owca znosi szczepienie o wiele lepiej, niż koń i osioł; objawy odczynu po wstrzykiwaniach są nieznaczne.

Po 10 miesiącach owca otrzymawszy 1300 cm.^{3} hodowli dostarcza skutecznej surowicy. Stosowania tej surowicy u ludzi z powodu zbyt małej ilości z owiec otrzymanej, jakoteż z powodu bólu i wyprysków wstrzykiwaniom towarzyszących zaniechano.

Oślice są bardzo czułe na wstrzykiwania hodowli paciorkowca. Do uodpornienia użył autor oślicy ważącej 110 kg., która po 5 miesiącach otrzymawszy 12 szczepień w ogólnej ilości 120 cm.^{3} hodowli dostarczała surowicy dającej się skutecznie stosować u człowieka.

Konie znoszą bardzo dobrze wstrzykiwania hodowli paciorkowca tak, że 2—3 cm.^{3} hodowli potrzeba do wywołania odczynu wyraźnego, gdy u oślicy 0·05 cm.^{3} wystarcza do powstania takiej samej reakcyi. Koń ważący 240 kg. otrzymał w 13 wstrzyknięciach w przeciągu 5 miesięcy 195 cm.^{3} hodowli i jest w stanie dostarczać odpowiedniej surowicy. Surowica otrzymana przez wstrzykiwania samych toksyn otrzymanych z hodowli przez ogrzanie choćby do 58° lub przez przepuszczanie przez filtr Chamberlanda nic jest w swem działaniu dostateczną. Skoro zwierzę zostanie dostatecznie immunizowane, to muszą upłynąć 4 tygodnie od ustania objawów odczynu, zanim można upuścić krwi celem otrzymania surowicy. Przez całe te 4 tygodnie surowica działa toksycznie.

Siłę surowicy przeciwpaciorkowcowej mierzymy według ilości, jakiej potrzeba, by utrzymać przy życiu królika ważącego 1500 do 1800 gramów po zaszczepieniu dziesięciokrotnej zabójczej dawki hodowli co 12 do 18 godzin przed wstrzyknięciem surowicy.

W instytucie Pasteurowskim w Paryżu wstrzykuje się obecnie 6 koniom przeciw błonicy uodpornionym i tyluż koniom służącym do kontroli, hodowle paciorkowca, lecz dotychczasowe wyniki okazały, że koń uodporniony przeciw błonicy jest nieczułym prawie na jad paciorkowca tak dalece że n. p. wstrzyknięcie koniowi takiemu 100 cm.^{3} hodowli za piątą inokulacyą nie wywołuje prawie żadnej reakcyi.

Metody leczenia tą surowicą używano w Paryżu we wszystkich chorobach wywołanych paciorkowcem.

W oddziale dla róży Dr. Chantemesse od 26. Lutego do 2. Sierpnia 1895. zgłosiło się 411 przypadków róży; z nich 220 leczono surowicą. Procent śmiertelności od 26. Lutego do końca Maja wynosił na 165 przypadków leczonych tą metodą 0·97 a do wstrzykiwań używano surowicy z osła i konia o sile 7000. W Czerwcu śmiertelność na 55 przypadków wynosiła 4·82%, do wstrzykiwań użyto surowicy o sile 500. Z góry nie można oznaczyć dawki surowicy potrzebnej do wyleczenia róży, zależy to bowiem od okresu choroby i od ciężkości przypadku. W przeważnej liczbie przypadków wstrzykuje się 20 cm.^{3} a co 24 godzin później 10 cm.^{3}, kierując się przytem ciepłotą, tętnem i ogólnym stanem. W 2 do 3 godziny po wstrzyknięciu podnosi się ciepłota, poczem nagle opada, by w 24 godzinach dojść do prawidła, w 5 do 12 godzinach występuje zelżenie wszystkich objawów, znika ból głowy, sen wraca, miejscowe objawy ustają a rozpoczyna się łuszczenie dużemi płatami. Objawów zadraźnienia nerek po surowicy autor nigdy nie obserwował a nawet w przeciągu 24 do 48 godzin znika białkomocz, jeżeli istniał w przebiegu tejże choroby. Z osutek towarzyszących często tej metodzie leczenia obserwował autor pokrzywkę i plamicę (*purpura*).

15 przypadków gorączki połogowej leczono tą metodą; z nich 7 przypadków zakażenia paciorkowcem, śmiertelność 0, 3 przypadki paciorkowcem i *bacterium coli*, śmiertelność 3, 5 przypadków zakażenia gronkowcem i paciorkowcem, śmiertelność 2.

10 przypadków zapalenia tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone*) i jeden przypadek zakażenia po histerektomii wyleczono tą metodą.

W przypadkach błonicy, w których obok prątka Löfflerowskiego znaleziono paciorkowiec, jakoteż w przypadkach zajęcia gardła tym prątkiem w przebiegu płonicy lub t. zw. *angina pseudomembranosa* używano w *Hôpital des Enfants malades* w Paryżu surowicy bądź samej przeciwpaciorkowcowej, bądź wspólnie z przeciwbłoniczą ze znakomitym skutkiem. (*Wiener med. Wochenschrift.* Nr. 3. 1895).

Dr. B. Komorowski.

Terapia.

O. Katz: 167 przypadków błonicy leczonych surowicą przeciwbłoniczą wyrabianą przez Aronsona.

Jednym z pierwszych szpitali, które przedsięwzięły doświadczenia z surowicą, był szpital zostający pod sterem prof. Baginskyego w Berlinie; aż do 1. Maja r. b. leczono ogółem 167 przypadków błonicy a stosowano wyłącznie tylko surowicę Aronsona. Przypadki leczone dzieli K. na cztery grupy: mianowicie na łagodne, średnie, ciężkie i bardzo ciężkie z objawami posocznicy, kierując się w tym podziale wrażeniem ogólnem, ciężkością poszczególnych objawów i t. d. Do sprawozdania tego dołączone są szczegółowe historye choroby, wraz z krzywiznami gorączki, wynikami badania moczu i t. d., z których dowiadujemy się, że wstrzyknięcie nie wywierało żadnego stałego wpływu na ciepłotę ciała i gdy w jednych przypadkach w kilka godzin po wstrzyknięciu widziano obniżenie się podniesionej ciepłoty, w innych postrzegano właśnie rozwój gorączki. Również nie przekonano się, aby wstrzyknięcia miały wpływ na pojawianie się białkomoczu, a chociaż w kilku przypadkach wykazano badaniem mikroskopowem wybitne objawy zapalenia nerek, to jednak nie można tego odnosić do wstrzykiwań, gdyż stopień zapalenia nerek nie zostawał w żadnym stosunku do liczby wstrzyknięć, tylko był w ścisłym związku z ciężkością choroby. Względnie dość często spotykano się z przypadami ze strony serca, znajdywano szmery, osłabienie tętna, chociaż i tutaj nie wszystko kłaść można na karb wstrzykiwania.

Śmiertelność przy stosowaniu surowicy wynosiła, jak to widzimy z ogólnego zestawienia, tylko 14% (zmarło 24 dzieci). Nie tak korzystnie przedstawiają się wyniki błonicy krtani, gdyż na 19 dzieci, u których wykonano trachetomię, zmarło 12, na 10 dzieci intubowanych zmarło 1, (co razem wynosi w błonicy krtani 48% śmiertelności), chociaż i ten wynik lepszym jest od wyników w dawniejszych latach otrzymywanych.

Dodać jeszcze należy, że miejscowo stosowano w przypadkach głębszych owrzodzeń i cuchnienia pomazywanie mięszaniną:

Ferri sesquichlorati	*30·0*
Aquae destil.	*5·0*
Lanolini	*60·0*

Autor kończy swoje zestawienie zdaniem, że surowica wywiera bardzo korzystny wpływ na przebieg błonicy i musi być uważaną za najdzielniejszy lek, jaki przeciw tej chorobie posiadamy. (*Archiv für Kinderheilkde* V. i VI. 1895).

Dr. Raczyński.

A. Bekess: Użycie tyozynaminy w przewlekłych obrzękach gruczołów limfatycznych.

Lek ten polecił Hebra w postaci wstrzykiwań podskórnych w liszaju żrącym (*lupus*), w miejscowej gruźlicy skóry, wreszcie w obrzękach gruczołów na tle gruźliczem.

B. przedsięwziął doświadczenia w tem ostatniem wskazaniu. W tym celu wstrzykiwał dzieciom, u których wykazano obrzęki przewlekłe gruczołów limfatycznych szyjnych lub podpachowych, z 5% roztworu alkoholowego najpierw jedne, później 2 do 3, aż do 6-ciu przedziałek strzykawki Pravaza w odstępach 5 do 7-dniowych podskórnie w plecy w okolicę między łopatkami. Wyniki jednak tego sposobu

leczenia nie odpowiadają oczekiwaniu, na 30 bowiem przypadków leczonych tylko w 4 przypadkach dostrzeżono stałe zmniejszanie się powiększonych gruczołów, w 7 przypadkach uzyskano tylko poprawę, w 5 gruczoły uległy zropieniu, w 8 pozostało wstrzykiwanie tyozynaminu zupełnie bez skutku.

Sposobu działania tego leku autor nie wyjaśnia. (*Archiv für Kindheilkde* V. i VI. 1895). *Dr. Raczyński.*

Zapiski terapeutyczne.

114. Volland (w Davos-Dörfli): O przesadzie w teraźniejszem leczeniu suchotników. Gdy Herman Brehmer wykazał pierwszy, że suchoty płucne można wyleczyć, jego metoda terapeutyczna stała się modłą dla ogółu lekarzy. Postęp wszakże w coraz lepszem poznawaniu istoty suchot płucnych a osobliwie odkrycie właściwego laseczníka gruźlicy, nie mogły pozostać bez wpływu i na terapią tej choroby. Dlatego autor zamierza zwrócić teraz uwagę na niektóre niewłaściwości i przesady w leczeniu suchot płucnych, pochodzące częścią od samego Brehmera, częścią od jego uczniów, którzy system swego mistrza dalej rozwinęli.

Pierwszym takim, przesadnie w leczeniu poprawiających się już przypadków suchot płucnych używanym środkiem są chodzenie po górach i zimne lub chłodne natryski.

Zalecanie chodzenia po górach czyli t. zw. gimnastyki oddechowej i zimnych lub chłodnych natrysków pochodzi z czasu, gdy nie znano jeszcze laseeznika gruźliczego a za rdzeń choroby uważano zgęszczenie tkaniny płucnej, powstałe z wystąpienia ciałek limfatycznych do pęcherzyków płucnych w skutek bujania gruzełka, który miano za nowotwór. Spodziewano się, że przez poprawienie przewietrzania w szczytach płucnych, gdzie choroba zaczyna się prawie zawsze, ustąpi wypocina zapalna z pęcherzyków. Otóż w celu wzniecenia głębszego oddechania, mianowicie wdechania, zalecano chorym spinanie się po górach i natryski zimne lub przynajmniej chłodne. Jeszcze wszakże przed odkryciem laseeznika gruźliczego przekonał się autor, iż te mniemane środki terapeutyczne nie są niemi bynajmniej, że nieraz w suchotach płucnych mniej lub więcej szkodzą i dlatego od nich odstąpił.

Uznaje się, iż laseczniki gruźlicze, mnożąc się w szczytach płuc drażnią tkaninę i że na to drażnienie odpowiada ustrój zapaleniem, to jest naciekiem z ciałek limfatycznych naokoło ogniska gruźliczego, powstaje jakoby walka z laseeznikiem. Potrzeba przeto dopomódz organizmowi w tej walce starając się, by mógł na pole boju doprowadzać jak najwięcej leukocytów, to jest starać się o poprawę apetytu i asymilacyi spożytych obficie pokarmów. Jeżeli to się uda, zmniejszy się ognisko chorobowe przez zapalenie odczynowe, które doprowadzi do powstania tkaniny bliznowatej. Jeżeli przeto w tym okresie poprawy choroby przez forsowne ruchy oddechowe wywołamy naciągnienie lub nawet przerwanie się świeżo powstającej tkanki bliznowatej, nieraz z wylaniem się krwi, wtedy sprowadzimy miejscowe zboczenie w odżywianiu i otworzymy na nowo bramę dla laseczników gruźliczych, sadowiących się z upodobaniem w takich miejscach.

Zapalenie gruźlicze stawów leczy chirurg przedewszystkiem spokojem, do którego wskazówką jest ból występujący za każdym ruchem. Gdyby płuca miały nerwy czuciowe, niewątpliwie postępowanoby w gruźlicy płuc tak samo, jak w gruźlicy stawów. Ponieważ jednak zmiany w płucach nawet znaczne odbywają się bez żadnych bólów, przeto zazwyczaj dopiero wtedy zaleca się chorym spokój, gdy sprawa chorobowa dojdzie do opłucny. Przyroda jednak sama powinna być w tej mierze nauczycielką. Wszak wiadomo z codziennej obserwacyi, że mięśnie wdechowe ponad zajętemi częściami płuc są nieczynne tak, iż strona chora za oddechem prawie się nie porusza lub porusza tylko bardzo mało. Jestto dowodem, iż należy wspierać działanie lecznicze samejże przyrody a nie działać przeciw niemu, zalecając chodzenie po górach i natryski w celu wzniecenia głębokich ruchów oddechowych.

A zatem na bok z takiemi środkami leczniczemi w leczeniu suchot płucnych! Miejsce ich niech zastąpią ostrożne obmywania skóry w celu podniecenia jej czynności i wygodne przechadzanie się po równych drogach w celu powiększenia łaknienia.

Jeżeli przeto w danem miejscu klimatycznem nie ma do przechadzki dróg poziomych, to jest to bardzo wielki brak, którego nie można zastąpić poleceniem chodzenia po górach.

Drugą przesadą w leczeniu suchot płucnych jest zalecenie nadmiernego używania wyskoku (alkoholu), zazwyczaj w postaci ciężkich win węgierskich i koniaku (tego z mlekiem), pochodzące pierwotnie od Brehmera. Nadużycie to wzmogło się jeszcze, gdy Binz wykazał, że mocne napoje wyskokowe obniżają gorączkę.

Powstałe w ten sposób na polecenie lekarskie zatrucie wyskokiem nie różni się oczywiście niczem od zwykłego zatrucia z własnej woli; rozwijają się przeto w jego przebiegu ostre i przewlekłe nieżyty żołądka, stłuszczenie wątroby i serca i nieraz chory, któremu miał pomódz wyskok, ginie właśnie od niego. Wiadomo zresztą oddawna, że nikt tak łatwo nie umiera na suchoty płucne, jak właśnie ludzie nadużywający napojów wyskokowych. Ztąd oczywiście nie wypada, by popadać w drugą ostateczność, ale trzeba zachować miarę. Szklanka lekkiego wina podzielona na dwie części wystarczy zupełnie do obiadu i wieczerzy, ale mocne wina południowe, osobliwie przy drugiem śniadaniu, są stanowczo szkodliwe, bo drażnią żołądek i psują apetyt do obiadu, jak to wiadomo z doświadczenia na zdrowych.

Jeszcze ważniejszą, przynajmniej w tej chwili, jest trzecia przesada, t. j. nadmierne żywienie, przesycanie suchotników.

Według dzisiejszych wiadomości najważniejszym środkiem leczniczym w suchotach płucnych jest podniesienie odżywiania chorego ustroju; wskazanem jest przeto wszystko to, co powiększa łaknienie, które następnie prowadzi do tego, iż ustrój spożywa tyle pokarmów, ile potrzeba do zupełnego zaspokojenia głodu.

Suchotnik, który w domu stracił apetyt, zachowuje się po przybyciu swem w góry tak, jak rekonwalescent po ciężkiej, ostrej chorobie. Apetyt jego powiększa się nadzwyczajnie a objawy choroby poprawiają się znacznie, niektóre nawet znikają, ciężar ciała powiększa się. Po kilku tygodniach takiego powiększenia się łaknienia i poprawy odżywienia apetyt zmniejsza się i staje się prawidłowym.

Jeżeli teraz chory, trzymając się zasady tylekroć przez siebie słyszanej, iż im więcej jeść będzie, tem rychlej wyzdrowieje, jeść będzie mimo braku apetytu dużo, wtedy powoli rozwiną się u niego wszystkie objawy nieżytu żołądka w postaci odbijania się, nudności, cuchnienia z ust, tkliwości okolicy żołądka i t. d. Jeżeli lekarz mylnie zapatrując się na te zboczenia pominie skargi pacyenta, lub starać się będzie ułagodzić je zadaniem kwasu solnego, pepsyny lub bizmutu a nie ograniczy ilości spożywanych pokarmów, wtedy nieraz mimo przybrania nawet na ciężarze zmiany w płucach zaczną znów się powiększać.

Autor przekonał się, że chorzy przybywający z innych zakładów leczniczych do Davos, cierpieli na nieżyt żołądka i upośledzenie trawienia i przypuszczając inne okoliczności pomyślne, potrzebowali nieraz długiego nawet czasu i leczenia, by ze swym przewodem pokarmowym dojść do ładu.

I rzecz to całkiem naturalna. Jeżeli się zważy, że suchotnicy, jedząc nad miarę, nie mogą strawić takich nadzwyczajnych ilości pokarmu, od którychby i zdrowy żołądek zachorował i nabrał kwalifikacyi do leczenia się w Karlsbadzie, jeżeli wprowadzają do żołądka pokarmy w chwili, w której on jeszcze z poprzedniego jedzenia się nie wypróżnił, to łatwo pojąć, iż pod wpływem takiego postępowania, *nota bene* zalecanego przez lekarzy, rozwinąć się musi cały szereg do-

legliwości ze strony przewodu pokarmowego i ostatecznie upośledzenie asymilacyi, od której znów zależy poprawa stanu płuc.

Jeżeli na wzór tuczenia histeryczek i neurasteników sposobem Weira Mitchella chciano tak samo postępować ze suchotnikami, to zapomniano, że histerya i neurastenia ze swemi zboczeniami psychicznemi a suchoty z gorączką są to sprawy patologiczne całkiem a całkiem odrębne.

Jeżeli, jak się autor przekonał, suchotnik niedokrewny a niegorączkujący, ma temperaturę poniżej 37°, nieraz o 0·5 do 0·8°, to temperaturę nawet tylko 37·5° uważać trzeba za objaw gorączki i leczyć ją zupełnym spokojem i umiarkowanem żywieniem a nie przesycaniem chorych.

I co do używania świeżego powietrza przez suchotników trzeba się wystrzegać przesady, nie pozwalać im do 10. wieczorem siedzieć na wolnem powietrzu a w razie nastania dni chłodniejszych i dżdżystych trzeba trzymać ich raczej w domu niż narażać na nieżyt górnych dróg oddechowych lub zgoła zapalenie opłucny.

Również co do zadawania lekarstw trzeba stanowczo unikać wszelkiej przesady, pamiętając, iż przeciw gruźlicy nie znamy dotychczas żadnego środka swoistego. Jakoż i kreozot nim nie jest i dlatego nie należy go zadawać w ilości nadmiernej, która tylko psuje trawienie. Jeżeli, jak już nie ulega wątpliwości ze znacznej liczby postrzeżeń, kreozot poprawia łaknienie, to trzeba się tem zadowolnić i zadawać tego środka tylko tyle, ile żołądek zniesie bez upośledzenia swej czynności, poprawa bowiem apetytu jest szczytem działania każdego leku przeciw gruźlicy. Nadmierne przez długi czas używanie kreozotu prowadzi w 9/10 przypadków do wielkich zboczeń w czynności żołądka, mających jak najgorsze znaczenie dla chorych, nawet w klimacie dla ich głównej choroby najpomyślniejszym.

Trzeba ciągle mieć to na uwadze, że suchoty płucne nawet w pierwszych swych początkach są ciężką chorobą, że każde zboczenie w ich przebiegu ma wielkie znaczenie i że każda przesada w ich leczeniu może sprowadzić ciężkie skutki dla chorego.

Ostrożność i wzgląd na wszystko powinny być główną zasadą leczenia suchot płucnych. *(Therapeutische Monatshefte.* Wrzesień 1895).

115. A. Eichengrün: Jodoformina (bezwonny jodoform). Lubo w ostatnich czasach wynaleziono sporo nowych środków przeciwgnilnych (*antiseptica*) i niektóre z nich nawet trwale utrzymały się w użyciu chirurgicznem, to jednakowoż mimo wszelkich zarzutów, mimo dowodu, że jodoform wprost zarodków chorobotwórczych nie zabija i mimo woni swoistej, dla największej liczby ludzi bardzo nieprzyjemnej, utrzymał jodoform dotychczas swe stanowisko w chirurgii.

Przyczyny tego szukać należy w okoliczności, że żaden ze środków mających jodoform zastąpić nie ma zarazem wszystkich jego zalet a ponieważ skuteczność jodoformu pochodzi nie tylko z wydzielania się zeń jodu, lecz polega także na swoistem jego działaniu, względnie działaniu substancyj z jego rozkładu powstałych na ranę, czy chore partye komórek, przeto autor postarał się o przetwór, któryby nie mając woni jodoformu miał jednakowoż cały jego molekuł.

Takim przetworem jest wyrabiana przez fabrykę Dra L. C. Marquarta w Beuel pod Bonną (nad Renem) jodoformina, zawierająca 75% jodoformu.

Jodoformina jestto połączenie chemiczne jodoformu z pewnem ciałem słabo antyseptycznem, stanowiące proszek biały, bezwonny, nadzwyczaj miałki, barwiący się żółtawo pod wpływem światła.

Jodoformina nie rozpuszcza się w wodzie, topnieje i rozkłada się nagle w 178°, wydziela jodoform w zetknięciu z kwasami i alkaliami, daje zarobić się z gliceryną na zawiesinę (*emulsio*) a z substancyami nie zawierającemi wody na maść i daje się utwierdzić na gazie i wacie.

Jodoformina działa tak samo jak jodoform a według dotychczasowych doświadczeń ma nad nim zalety:

1) że w zetknięciu się z wydzielinami ran albo całkiem nie wydaje żadnej woni albo wydaje tylko bardzo słabą;

2) że całkiem nie drażni;

3) że działa dłużej niż jodoform;

4) że mocno wysusza i

5) że jest nadzwyczaj miałka tak, jak tego nigdy nie można zrobić z jodoformem, przezco bardzo dobrze przylega do rany i stanowi dobry sączek przeciw zarodkom chorobotwórczym. Jodoformina przeto łączy w sobie zalety dermatolu i jodoformu. *(Therapeutische Monatshefte.* Wrzesień 1895).

V. Wiadomości bieżące

Kraków dnia 19. Września 1895 r.

— Z wykazu urzędownie sporządzonego dowiadujemy się, iż w Krakowie i Galicyi było w roku 1893. ogółem 46 parowych przyrządów desinfekcyjnych, z nich w Krakowie 5, we Lwowie 12. Co do systemu: jeden (w Krakowie) Schimmela z Chemnitz, 32 Rychnowskiego ze Lwowa, 9 Thursfielda, nieznanego systemu 4. Przeważa zatem liczebnie system Rychnowskiego, co do wartości którego wszakże na podstawie własnych doświadczeń, dokonanych w szpitalu św. Łazarza, mamy pewne wątpliwości. Ze względu na wielką ważność prawdziwej desinfekcyi byłoby rzeczą bardzo pożądaną a w tej chwili wobec pojawienia się cholery azyatyckiej w kraju nawet pilną, by przyrządy Rychnowskiego poddano raz jeszcze dokładnym próbom. Co do przyrządów Thursfielda, nie mamy własnego doświadczenia, nie wątpimy wszakże, na podstawie doświadczeń gdzieindziej dokonanych, iż odpowiadają swemu celowi. Natomiast wyszedł zwycięzko z wszelkich prób nadzwyczaj ścisłych, przez piszącego z polecenia Rady miejskiej zrobionych wielki, stały przyrząd desinfekcyjny krakowski, który wprawdzie dużo kosztował (nb. mieści się w osobnym całkiem budynku, umyślnie w tym celu wzniesionym), który jednak miastu w chwilach wielkiego niebezpieczeństwa w latach 1892, 1893 i 1894. nieocenione oddał usługi i w zwyczajnych nawet czasach jest przez publiczność chętnie używany. W administracyi miejskiej nie widzimy zresztą potrzeby przenośnych przyrządów desinfekcyjnych, bo pomijając nawet wielkość, desinfekcya za pomocą przyrządu stałego da się przeprowadzić o wiele dokładniej i spokojniej, niż za pomocą przenośnego a nadto wrażenie na ludność jest bez porównania mniejsze. Tak n. p. w krakowskim zakładzie desinfekcyjnym można naraz desinfekcyonować odzież kilkudziesięciu osób i w 3 godziny po wzięciu do zakładu oddać ją zupełnie suchą, do użytku zaraz gotową, co dla ludzi biednych, a między nimi przecież najbardziej panują choroby zakaźne, nader wielkie ma znaczenie.

— W ostatnich czasach doniesiono z różnych okolic Galicyi, mianowicie wschodniej, tudzież z Warszawy o przypadkach otrucia się grzybami, nieraz zakończonych śmiercią. W Krakowie przypadki takie są nadzwyczaj rzadkie (od kilkunastu lat nie było ani jednego), mimo, iż grzyby są tu ulubionem pożywieniem ludności i że górzyste, w znacznej części lesiste okolice miasta sprzyjają bardzo pojawianiu się najrozmaitszego rodzaju grzybów a zatem i jadowitych (nieprawdziwymi zwanych). Przyczyny tego dopatrywać się możemy jedynie w wyższym poziomie umysłowym ludności wiejskiej okręgu krakowskiego, gdzie, jakeśmy nieraz mieli sposobność przekonać się, nawet dzieci zajmujące się zbieraniem grzybów znają się na nich bardzo dobrze.

— W obszernym artykule umieszczonym w najświeższym (37.) numerze *Deutsche med. Wochenschrift* zastanawia się Dr. Henius z Berlina nad dopuszczeniem kobiet do medycyny, wskazuje na uderzającą okoliczność, że z pomiędzy wszystkich nauk uniwersyteckich kobiety garną się właśnie prawie wyłącznie do medycyny, pomijając inne wydziały i wykazuje, że siły ani umysłowe ani fizyczne kobiety nie są w stanie sprostać wymaganiom zawodu lekarskiego, do którego potrzeba nie tylko pewnego zasobu sił fizycznych, ale i samodzielności w myśleniu i działaniu, samodzielności, której nie ma kobieta (bo wyjątki nie stanowią reguły), jak tego dowodzi między innemi okoliczność, iż i na polu sztuk pięknych, jak n. p. malarstwa, rzeźbiarstwa i muzyki, tudzież dramatu, gdzie im wolno działać, kobiety nie

doprowadziły do żadnej twórczości wystającej nad poziom zwyczajności a jeżeli jaśniały i jaśnieją na scenie, jako śpiewaczki i artystki dramatyczne, to to zawdzięczają nie samodzielności swych władz umysłowych, ale wrodzonym od przyrody darom. Dopuszczenie w Rosyi kobiet do zawodu lekarskiego nie dowodzi bynajmniej ich równości na tem polu z mężczyznami, bo jest wywołane potrzebą dla braku lekarzy płci męzkiej na obszarze wielkiego państwa, liczącego w swem łonie także Mahometan, których kobiety z przyczyn religijnych nie mogą wzywać męzkiej pomocy lekarskiej.

— Rada uniwersytetu warszawskiego przyznała medal złoty Drowi Włodzimierzowi Popielowi, asystentowi katedry patologii ogólnej za rozprawe konkursową na temat: doświadczalne zbadanie śmierci z utonięcia.

— **Nekrologia**. Zmarli: W dniu 6. Sierpnia w Żarnowcu Dr. **Maryan Sierakowski**, przeżywszy lat 37; w dniu 12. Września w Białej podlaskiej lekarz **Leopold Sobolewski**, licząc 27 lat; w tymże dniu w Żyrardowie Dr. **Aleksander Jawurek**, przeżywszy lat 64; w Bazylei Dr. **Sury**, profesor medycyny.

— **Konkurs**. Wydział powiatowy w Starem Mieście w Galicyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Starej Soli. Pensya roczna 600 złr. i 264 złr. dodatku na objazdy. Podania zaopatrzone w dowody prawnie wymagane wnosić należy do 30 Października b. r.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 37. J. Weisblat: Leczenie surowicą przeciwbłoniczą w warszawskim szpitalu starozakonnych. L. E. Bregman: O obustronnem porażeniu twarzy (*diplegia facialis*). B. W. Sawicki: Z dziedziny zboczeń wrodzonych (ciąg dalszy). — W *Medycynie* Nrze 37. F. Ficki: Rak czy przerost miąższu i błony śluzowej szyi macicznej (dok.). F. Arnstein: Kilka przypadków zimnicy u dzieci o przebiegu nieprawidłowym oraz kilka słów o rozpoznawaniu zimnicy u dzieci (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.